DEMANDE DE PROPHYLAXIE POUR LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL

N° de réf. du patient
Attribué par le fabricant

Date de la demande : ____/____/____
Jour / Mois / Année

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Initiales du patient | | | | |

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ Poids actuel : _____ g
Jour / Mois / Année

Synagis[MC] N[bre] total d'ampoules de 100 mg demandées : _____
N[bre] total d'ampoules de 50 mg demandées : _____

Dose indiquée sur la notice d'accompagnement :
15 mg/kg de poids corporel

Des seringues Integra de 1 cc et de 3 cc sont distribuées par les Laboratoires Abbott.
Commandez vos seringues auprès de votre représentant Abbot.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SUR LE MÉDECIN

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de l'établissement : _____ Adresse : _____
Numéro Rue

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____
Numéro Poste

N° de permis d'exercice provincial : _____ Personne ayant rempli le formulaire : _____
Nom

Renseignement facultatif : Spécialité : _____

MODE D'EMPLOI

☐ Bébé né à ≤ 32 semaines de gestation et âgé de ≤ 6 mois (avec ou sans dysplasie broncho-pulmonaire) au début de la saison du VRS.

Âge gestationnel : ☐ < 28 semaines ☐ Entre 28 et 29 semaines ☐ Entre 30 et 31 semaines ☐ 32 semaines

☐ Enfant ≤ 24 mois avec dysplasie broncho-pulmonaire ou affection pulmonaire chronique ayant nécessité de l'oxygène dans les 6 mois précédant la saison du VRS.

Âge : ☐ ≤ 1 an ☐ Entre 1 an et 2 ans

☐ Enfant < 24 mois avec cardiopathie congénitale cyanotique ou non cyanotique importante sur le plan hémodynamique et devant subir une intervention chirurgicale corrective ou prendre un médicament cardiaque pour des raisons hémodynamiques.

Précisez le diagnostic et mentionnez tout médicament cardiaque **(obligatoire)** : _____

_____

☐ Autres **Les pièces justificatives suivantes doivent obligatoirement être jointes à la demande :**

1. Lettre du médecin demandeur justifiant la demande;
2. Lettre d'un infectiologue ou d'un spécialiste des troubles respiratoires appuyant la demande.

Adresse d'expédition de la première dose, si elle est différente de l'adresse ci-dessus : _____

_____

Adresse d'expédition des doses suivantes : _____

_____

Veuillez télécopier ce formulaire dûment rempli aux :
Laboratoires Abbott ltée au 514-832-7251 ou au 1-800-513-7337